

Huisarts: acrobaat of lokettist?

J.A.MAZEL EN S.FLIKWEERT

Dames en Heren,

Met het verschijnen van de eerste standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in 1989 zette het NHG een belangrijke stap om het handelen van de Nederlandse huisarts meer wetenschappelijke onderbouwing te geven. Begin 1999 zijn er bijna 70 NHG-standaarden, waarvan een ruim aantal inmiddels een herziening heeft ondergaan. In februari 1999 verscheen in dit tijdschrift een verslag van de 2e internationale conferentie 'Scientific basis of health services' en van de 5e jaarvergadering van de Cochrane Collaboration.¹ Op beide bijeenkomsten werd van gedachten gewisseld over de vraag in welke mate de kennis over wat wel en wat niet werkt, toepasbaar is in de dagelijkse zorg voor patiënten. Deze vraag doet zich ook voor in en met betrekking tot de NHG-standaarden en houdt waarschijnlijk ook veel huisartsen bezig; want hoewel zij, soms zuchtend onder de enorme hoeveelheid nieuwe informatie die de NHG-standaarden bieden, hun beleid op grond van deze standaarden wel willen wijzigen, merken zij in de praktijk vaak dat de patiënt iets anders wil, ongeïnteresseerd als deze is in statistisch wel of niet aangetoonde werkzaamheid van een therapie of in 'evidence-based medicine'. Uit de enquête 'Huisarts en zinvol handelen' van het NHG en het Nederlands Instituut voor de Publieke Opiniepeiling (NIPO) blijkt dat de opvattingen van de bevolking over richtlijnen van NHG-standaarden nogal eens verschillen van het beeld dat de huisarts van die opvattingen heeft.²

Aan de hand van 4 voorbeelden, afkomstig uit de praktijk van een van ons (J.A.M.), willen wij er de aandacht op vestigen dat richtlijnen, zoals gegeven in NHG-standaarden, spanningen kunnen geven in de arts-patiëntrelatie. Daarnaast doen wij voorstellen vanuit de dagelijkse praktijk ter verbetering van de ontwikkeling en de implementatie van richtlijnen.

Patiënt A, een vrouw van 56 jaar, gezinsverzorger, komt op het spreekuur met als enige vraag: 'Wilt u mijn cholesterol eens laten bepalen?' Zij heeft, voorzover ik weet, geen risicofactoren voor hart- en vaatziekten: zij rookt niet, heeft geen overgewicht, doet veel aan sport en fietst elke dag naar haar werk. Haar bloeddruk is een paar jaar geleden bij het begin van het gebruik van hormoonsuppletie therapie gemeten; deze bedroeg toen 120/70. Alleen haar bloedglucoseconcentratie ken ik

Zie ook het artikel op bl. 2404.

niet. Haar beide volwassen zonen zijn gezond en wonen zelfstandig. Haar man is 4 jaar geleden aan de gevolgen van een hartritmestoornis overleden. Haar ouders leven nog en zijn ruim tachtig jaar oud. Enkele broers en zusters zijn ook bij mij in de praktijk en er is mij geen optreden van hart- en vaatziekten op een leeftijd beneden de 60 jaar bij hen bekend. Op mijn vraag waarom zij nu met dit verzoek komt, antwoordt zij dat ze 'het gewoon wil weten'. Op verjaardagen wordt erover gesproken en iedereen lijkt zijn cholesterolconcentratie te kennen. Ik bespreek met haar het in de NHG-standaard 'Cholesterol',³ en in de consensus 'Cholesterol',⁴ ingenomen standpunt dat het bepalen van cholesterol bij personen zonder risicofactoren voor hart- en vaatziekten niet zinvol is en leg haar ook uit waarom dat zo is. Tevens ga ik na of er wellicht een andere reden is waarom zij haar cholesterolwaarde wil weten. Heeft zij hierover onlangs gelezen? Was er een televisieprogramma over cholesterol? Speelt de plotselinge dood van haar man, 4 jaar geleden, een rol? Patiënte herhaalt dat zij het gewoon wil weten en dat de dokter niet zo moeilijk moet doen. De huisartsen van haar vrienden hebben gewoon een laboratoriumbriefje gegeven. Nadat ik nogmaals heb uitgelegd dat het bepalen van haar cholesterol echt geen zin heeft, verlaat patiënte, zichtbaar ontevreden, de spreekkamer. Een week later vertelt een broer van patiënte mij dat zij inderdaad zeer ontevreden was over het consult en overwoog naar een andere dokter te gaan 'die wel cholesterolbepalingen laat doen'. Ik neem contact op met patiënte en zij verzoekt mij alsnog om een briefje voor het laboratorium, hetgeen ik haar nu wel geef.

Patiënt B, een jongeman van 17 jaar, verstuikt tijdens een voetbalwedstrijd zijn linker enkel. Hij wordt, ondersteund door twee verzorgers, naar de praktijk gebracht. Bij onderzoek kan hij zijn linker voet – zij het met enige pijn – wel belasten. Er is een zwelling rond de laterale malleolus, maar er zijn geen aanwijzingen voor een fractuur. Ik geef hem – conform de aanbevelingen van de NHG-standaard 'Enkeldistorsie',⁵ en de CBO-richtlijn⁶ – een steunende zwachtel, het advies de voet zoveel mogelijk normaal te belasten en over 3 dagen terug te komen voor herbeoordeling. Op de vraag van de patiënt en zijn verzorgers of er geen foto moet worden gemaakt, antwoord ik dat dat niet nodig is omdat er geen aanwijzingen voor een botbreuk zijn. Mochten deze er

Dr.J.A.Mazel, arts, Prins Bernhardlaan 43, 7622 BE Borne.
S.Flikweert, huisarts, Nijkerk.
Correspondentieadres: dr.J.A.Mazel.

bij controle over 3 dagen wel zijn, dan kan alsnog röntgenonderzoek worden verricht. Een dag later vind ik in mijn elektronisch medisch dossier een röntgenuitslag van patiënt B: 'Linker enkel: geen fractuur.' Op aandringen van de verzorgers, die dramatische gevallen van verbrijzelde enkels met blijvende ernstige gevolgen hadden meegemaakt, was patiënt op eigen gelegenheid naar de eerstehulpafdeling gegaan.

Patiënt C, een man van 43 jaar, is sinds kort bij mij in de praktijk. Hij komt iets scheef lopend van de rugpijn de spreekkamer binnen. Enkele uren geleden is het hem 'in de rug geschoten'. Omdat hij tweemaal eerder dezelfde klachten heeft gehad en beide keren door zijn huisarts naar een fysiotherapeut is verwezen, heeft hij nu ook maar naar de praktijk gebeld en aan de assistente een verwijsbriefje gevraagd. De assistente heeft hem, na overleg met mij, verzocht naar het spreekuur te komen, waarvoor enige overredingskracht nodig was. De diagnose 'aspecifieke lage rugpijn' wordt gesteld op grond van de adviezen voor anamnese en onderzoek van de NHG-standaard 'Lage-rugpijn',⁷ en het in deze standaard voorgestelde beleid wordt met de patiënt besproken. Mijn mening dat de fysiotherapeut in deze fase geen rol speelt, stelt hem teleur, maar hij kan zich toch verenigen met het gegeven advies. Een week later is hij klachtenvrij.

Patiënt D, een vrouw van 39 jaar, is in de winter altijd een paar keer verkouden. Zelf zegt zij dan: 'Alles zit weer vast in mijn hoofd'; zij spreekt van een voorhoofdsholteontsteking en wil daarvoor antibiotica hebben omdat die haar altijd in een week van haar klachten hebben afgeholpen. Ook nu is zij weer sinds twee dagen verkouden en zij vraagt om penicilline om geen problemen te krijgen tijdens de voor de volgende week geplande wintersportvakantie. Volgens de NHG-standaard 'Sinusitis',⁸ is deze aandoening zelflimiterend en is er alleen plaats voor antibiotica bij ernstige klachten die langer dan 5 dagen bestaan. Bovendien is de diagnose 'sinusitis' bij patiënte niet waarschijnlijk. Ik adviseer haar voorlopig af te wachten en beloof haar bij aanhoudende klachten die op een sinusitis wijzen, alsnog vóór haar vertrek naar de wintersport een recept voor antibiotica te zullen verstrekken. Dit blijkt achteraf niet nodig te zijn.

In onze omgang met patiënten, waarbij voorlichting en informatie een belangrijke rol spelen, is er behoefte aan richtlijnen. Deze richtlijnen dienen zoveel mogelijk een brug te slaan tussen wetenschappelijk onderzoek en de dagelijkse praktijk. De wetenschappelijk ontwikkelde richtlijn is vaak moeilijk te implementeren in het dagelijkse werk van de huisarts: er komen jaarlijks nogal wat – al dan niet geactualiseerde – richtlijnen op de huisarts af. Richtlijnen worden beter geïmplementeerd als deze de huisarts bij zijn dagelijkse werk ondersteunen. Wanneer de dokter een richtlijn niet als steun ervaart, schiet deze richtlijn tekort. Richtlijnen worden primair gemaakt door en voor medische beroepsgroepen en

kunnen nooit de opvattingen van alle individuele patiënten bevatten. Dit zorgt ervoor dat het huisartsenvak zo boeiend blijft, maar kan tevens spanning geven in de huisarts-patiëntrelatie. Als een richtlijn indruist tegen de bestaande opvattingen van de patiënt, wordt de implementatie van die richtlijn nog moeilijker. De huisarts moet bij het hanteren van richtlijnen zoveel mogelijk rekening houden met de opvattingen en wensen van de patiënt; hierbij ontstaan regelmatig botsingen. In de hiervóór beschreven gebeurtenissen, die iedere huisarts zal herkennen, gaat het steeds over een in de huisartspraktijk veelvuldig voorkomend medisch probleem of een hulpvraag waarvoor een NHG-standaard richtlijnen geeft en over een patiënt die daarover een geheel andere opvatting of gedachte heeft. Hierdoor verlopen de consulten zowel voor de patiënt als voor de dokter niet naar wens.

Patiënt A wil een laboratoriumbriefje omdat zij 'gewoon' haar cholesterolwaarde wil weten. Zij is ongewoelig voor het feit dat bij primaire preventie slechts een klein aantal personen achteraf gezien baat heeft bij de medicamenteuze verlaging van een verhoogde cholesterolconcentratie, terwijl de overgrote meerderheid van personen die worden behandeld, ook zonder deze behandeling geen coronaire hartziekten krijgt. De acrobatic van de huisarts heeft als uitkomst dat hij alsnog een laboratoriumbriefje verstrekt om de arts-patiëntrelatie geen deuken te laten oplopen.

Patiënt B wil een foto van zijn verstuikte enkel omdat zijn verzorgers daarop aandringen en hem bang hebben gemaakt voor invaliditeit. Zij gaan voorbij aan het feit dat de huisarts heel goed in staat is te beoordelen of er aanwijzingen voor een fractuur zijn. De patiënten C en D hadden eerdere prettige ervaringen met fysiotherapie bij lage rugklachten respectievelijk antibiotica bij verkoudheid, maar hadden geen ervaring kunnen opdoen met een gunstig verloop zonder deze behandelingen. De patiënten A en B waren ontevreden; bij de patiënten C en D was er ook eerst weerstand tegen het voorgestelde beleid, maar zij gaven de dokter het voordeel van de twijfel. Als de huisarts vermoed is, bestaat het gevaar dat hij niet meer de richtlijn uitlegt, maar op het dringende en soms dwingende verzoek van de patiënt ingaat. Overwegingen om het geweten te sussen en toch maar aan de wens van de patiënt te voldoen, kunnen zijn dat 'Chol' aanstrepen op een laboratoriumformulier voor patiënt A minder tijd kost dan een gesprek en daarenboven een tevreden patiënt oplevert.

Hetzelfde geldt voor het schrijven van een recept voor antibiotica en van een verwijsbriefje voor de fysiotherapeut of de radioloog. Bovendien: het is toch ook niet zo erg schadelijk als patiënt A haar cholesterolwaarde laat bepalen, als patiënt B een foto van zijn enkel laat maken of als patiënt C zich door een fysiotherapeut laat behandelen? Bij iedere patiënt met een enkelletsel die rechtstreeks naar de eerstehulpafdeling van een ziekenhuis gaat, wordt immers in de regel röntgenonderzoek verricht, en een kuurtje van een week met antibiotica of enkele behandelingen door een fysiotherapeut kunnen toch ook geen kwaad?

Dames en Heren, wij willen erop wijzen dat het niet meer uitleggen van bestaande richtlijnen die indruisen tegen de opvattingen van patiënten schade kan toebrengen aan de huisarts-patiëntrelatie. Zowel patiënt C als patiënt D heeft de verkeerde richtlijn in een voorgaande situatie als gangbare richtlijn ervaren; in de nieuwe situatie zijn deze patiënten moeilijker te overtuigen van de juistheid van de goede richtlijn. Daarnaast zijn wij van mening dat men bij het opstellen van richtlijnen rekening moet houden met het voorkómen van deze schade door in te schatten hoe de opvattingen van patiënten over de opgestelde richtlijnen zullen luiden. Berg et al. menen dat het wetenschappelijk vaststellen van evidence-based richtlijnen voor goede medische zorg niet genoeg is; daarnaast moet er een procedure worden ontwikkeld voor het opstellen van richtlijnen voor passende zorg, waarbij patiënten, verzekeraars en overheid verplichtingen aangaan.⁹

Wellicht kan in de deskundigheidsbevorderings(DKB)-pakketten voor nascholing meer aandacht worden besteed aan het fenomeen van botsingen tussen de opvattingen van de patiënt en de uitvoering van de richtlijnen door de huisarts. Een apart onderdeel van elk DKB-pakket zou een hoofdstuk kunnen zijn met de titel: 'Hoe overtuigt de huisarts zijn patiënt van de juistheid van de richtlijn?' Tenslotte: zonder verandering van de opvattingen van de patiënt door middel van publieksvoorlichting en met behulp van patiëntenverenigingen zal de huisarts die niet als lokettist wenst te werken acrobatische toeren moeten uithalen om de huisarts-patiëntrelatie zuiver te houden, op het gevaar af dat patiënten toch de voorkeur geven aan de huisarts-lokettist.

Met deze klinische les hebben wij een dilemma voor de huisarts willen beschrijven. Op grond van onze ervaring kiezen wij ervoor om als acrobaat bezig te blijven. Een goede acrobaat komt immers meestal weer met beide benen op de grond terecht.

F.Meulenberg, coördinator Standaardenontwikkeling van het NHG, las het manuscript en voorzag het van kritische opmerkingen.

ABSTRACT

General practitioner: acrobat or counter clerk? – In four cases there existed a discrepancy between the patient's request and the views of the GP who went by the guidelines of the Dutch College of General Practitioners. The requests concerned were those of a woman aged 56 who wanted a serum cholesterol determination and a youth aged 17 with a sprained ankle who asked for an X-ray – they were not satisfied until their wishes had been fulfilled – and those of a man aged 43 with recurrent low back pain who wanted to be referred to physical therapy and a woman aged 39 with a common cold who wanted a prescription for an antibiotic – they were only satisfied after a favourable development. The general practitioner has to choose whether to fulfill the patient's wishes or try to explain that the advice – based on medical evidence – is preferable. Good patient information is necessary for a better understanding of each other's points of view and, moreover, gives the doctor more satisfaction in his or her work.

LITERATUUR

- Spanjer JM. Een op wetenschappelijke kennis gebaseerde gezondheidszorg, kan dat? *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:419-23.
- Voort HPM van der, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
- Thomas S, Weijden T van der, Drenth BB van, Haverkort AFM, Hooi JD, Laan JR van der. NHG-Standaard Cholesterol (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1999;42:406-17.
- Simoons ML, Casparie AF. Behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de serumcholesterolconcentratie; derde consensus 'Cholesterol'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:2096-2101.
- Bosch WJHM van den, Coumans RHM, Verkerk S, Weert H van, Sips AJBI. NHG-Standaard Enkeldistorsie. *Huisarts Wet* 1989;32:523-6.
- Dijk CN van. CBO-richtlijn voor diagnostiek en behandeling van het acute enkelletsel. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:2097-2101.
- Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Hoogen JMM van den, Mens JMA, Smeele LJM, et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. *Huisarts Wet* 1996;39:18-31.
- Bock GH de, Duijn NP van, Dagnelie CF, Geijer RMM, Hell RJ van der, Labots-Vogelzang SM, et al. NHG-Standaard Sinusitis. *Huisarts Wet* 1993;36:255-7.
- Berg M, Klazinga N, Hout B van. Goede zorg is niet altijd passende zorg. *Med Contact* 1999;54:1040-3.

Aanvaard op 31 augustus 1999

Bladvulling

De Deutsche arts in den vreemde

Berlijn. – Dr. J. SCHWALBE heeft zich de moeite getroost, in een klein handig boekje '*Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande*' zijn landgenooten voor te lichten, die het eens buitenslands willen probeeren. Daar, behalve Nederland en Nederl.-Indië, al de 100 staten en landen, door SCHWALBE behandeld, ook voor ons tot het Buitenland behooren, kan het zijn nut hebben, hier de aandacht op het werkje te vestigen. Zoo is het zeer bemoedigend te vernemen, dat ieder zich zonder eenige formaliteit kan vestigen in Alaska, Arizona, China, Columbia, Japan, Kansas, Korea, Liberia, Siam, Zanzibar, Necada en op de Schippers- en Vriendschaps-eilanden. Daarentegen wordt geen vreemdeling als arts toegelaten in Servië en Luxemburg. Omtrent Nederland lezen we, dat het zeer onraadzaam is, zich aan de moeilijke examens te gaan onderwerpen, daar de vooruitzichten niet schitterend zijn. Het dienst nemen in het Indische leger wordt nog al aanbevolen: 'Soziale Stellung angenehm; Behandlung gerecht und anständig'. Tevens kan deze diensttijd gebruikt worden, om aan het klimaat te gewennen, op de hoogte van de toestanden te komen en zich voor te bereiden tot het examen voor de burgerpraktijk. Het boekje kost slechts 2 Mk.

(Berichten Buitenland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1899;43II:319.)

De inspectie

Trouwens Gij weet M. H. hoe hoog ik deze eenvoudige waarneming met het bloote oog, *de inspectie*, die steeds aan het plaatselijke onderzoek behoort vooraf te gaan, waardeert. De gave, om goed te kunnen zien en scherp te kunnen waarnemen, is een talisman voor den geneesheer! Wee hem, die den zieke onmiddellijk met hamer of stethoscoop of zelfs met de palpeerende hand lastig valt, zonder eerst de algemeene verschijnselen behoorlijk te hebben gadeslagen en gewaardeerd.

(*Ned Tijdschr Geneesk* 1899;43II:379.)